

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1171100314		
法人名	営利法人有限会社寿老会		
事業所名	グループホーム ひだまりの家 栗橋		
所在地	埼玉県久喜市栗橋1342-1		
自己評価作成日	令和2年1月31日	評価結果市町村受理日	令和2年4月6日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	令和2年2月17日		

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

高齢者の人権と尊厳を尊重しながら、最後の人生を穏やかにのんびりと過ごせる雰囲気づくりに配慮し、ご利用者様と同じ目線に立った介護を実施し、毎日フロアで体操やレクリエーションに参加して孤立することなく家庭により近い環境で共同生活を送れるよう支援しています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

・理念や行動指針が職員に徹底され、利用者とのコミュニケーションと意思を大切に、安心・安全でその人らしく生き活きと過ごされるよう、チーム支援に取り組まれている。
 ・運営推進会議では、事業所から利用者の暮らしぶりや活動報告のほか、在宅医療や終末期活動、口腔ケア対策についてなど、幅広い内容での意見交換を行うなど、有意義な会議運営をされている。
 ・目標達成計画の達成状況についても、排泄支援では日中・就寝時にも利用者一人ひとりに適宜的確なケアを行い、トイレでの排泄と自立に向けた支援のほか、おむつ類の使用削減に努められていることから、目標が達成されている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない	64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	「つつがない日々の暮らしをサポートする」の理念のもと3つの介護目標を設定し、目標にむけて具体策を掲げています。玄関を入るとすぐ目の前に掲げて職員が意識できるような取り組みをしています。	「心のこもったあたたかいグループホームを目指す」という理念のもと、「あたたかい言葉づかいを心がけよう」などの具体的な月次目標を設定し、安全で自分らしく生き活きと過ごされるようチーム支援に取り組まれている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域のボランティアさんが月1回の割合で訪問して下さり、ご理解を得ています。ホーム内外で近隣の方にお会いした時は笑顔での挨拶を心掛け、イベント時は声掛けをしています。	散歩や買物など外出の際には、ご近所の方々と挨拶を交わされている。また、地域の子供達やボランティアの皆さんとの交流を楽しまれるなど、利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう支援をされている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	全職員と研修したことを共有し話し合いを持ち、認知症を理解し介護力を深め、イベントや家族会、運営推進会議時にインフォーマルの方々にも解りやすい資料や市で行う研修日等情報提供しています。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	家族、行政、民生委員、ボランティアさんの参加があります。サービスや評価への取り組み等会議で報告、なるべく1人ひとりに意見を頂き、反映に努めています。近隣の方々は毎度の参加は気を使うとのことなので声掛けはしています。	事業所から利用者の暮らしぶりや活動報告のほか、在宅医療や終末期活動、口腔ケア対策についてなど、幅広い内容での意見交換が行われ、事業所運営やサービスに活かされている。また、会議開催回数についても改善に努められている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議にはいつも出席して頂いています。又、介護保険や福祉面で新情報の提供もお聞きしています。土日の開催となると行政の参加が困難なためどうしても平日の実施になります。	行政の担当者とは、運営推進会議でアドバイスをいただいたり、申請手続きや報告・相談時にコミュニケーションを図られ、良好な関係を築かれている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	なにげにしている介護でも身体拘束のグレーゾーンである事を理解しながら勉強しています。玄関の施錠は原則していませんが、門扉は施錠しています。来年度身体拘束、虐待と2～3ヶ月に1回は研修実施の予定です。	定期的に勉強会や会議が開催され、身体拘束適正化についての話し合いが行われ、管理者及び全ての職員が身体拘束の内容とその弊害を認識し、言葉での拘束を含め、行動抑制をしないケアに取り組まれている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待についてのパンフレットや研修の中で、充分理解することが虐待の防止にも繋がる事を学んでいます。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	自立支援事業や成年後見制度について内容が難しく解りにくい事も多く、研修に参加した内容をパンフレットを用いて社内研修しています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書を全文復唱し十分な説明を時間をかけて行っています。理解できるまで質疑応答も行っています。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	家族会、イベント、運営推進会議等で意見、要望を話し合う機会を設けています。出席者には全員一言ずつ意見を述べて頂き、それを反映するようにしています。	「給をなめたい」、「寿司を食べたい」など、利用者の要望に応えられている。家族とは面会時や家族会、運営推進会議に意見・要望の聴き取りが行われ、事業所運営やサービスに活かされている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	定例会議で継続的に課題に上げています。又、時には管理者に意見、要望を伝え業務改善となるよう努めています。	定例会議や個別面談時などで意見・提案を聴きとられ、発言し易い職場環境がつけられ、利用者の個別ケア対策や事業所月次支援目標計画など、具現化されている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	月1回の合同会議にてグループ内の各施設の情報交換、配置されている職員の情報交換を行うことで職場環境・条件の整備に努めています。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	年間計画に組み入れて、法人内で毎月1回実施、外部での研修にも積極的に参加できるようにしています。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	管理者は不定期に同業者と交流し電話での情報交換をしています。相互訪問や、同業者との勉強会はこの1年は行っていません。年数回は相互訪問での勉強会や情報交換の希望はあります。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	ご本人が表現しきれない部分は、ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、ご家族からの情報収集を行い、会話の糸口を探り、信頼関係を構築しています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所相談時、ご本人様の実態調査時、入所時、入所後の面会時にご家族との面談の時間を設けさせて頂き、信頼構築に努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	実態調査やご家族との面談時に得た情報のもと、ご本人、ご家族の意向に添ったサービスを提供しています。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	残存機能に応じた役割を分担し、安全面に配慮した支援をしながらご利用者、職員が同じ目線に立ち、笑顔や笑い声の耐えない心地よい暮らしを実践しています。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	体調の変化があった時はご家族に報告しています。定期的に面会される方もおりますが年数回のご家族もおりますので少なくとも2、3ヶ月に1度は電話で近況をお知らせしたり、年4回ホームダよりをお送りしています。		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	ご本人がご自宅で使っておられた家具やアルバム、時計、仏壇等持参して頂いています。入所者様によっては、年賀状が届いたり、友人が自由に面会訪問されています。	昔の職場仲間が大勢で面会に見えるなど、友人・知人の面会、親族と一緒に外出をされている。また、季節毎には桜やポピーの花の名所に出かけるなど、これまでの関係が途切れないよう支援をされている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずにご利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	1人ひとりが孤立しないように毎日ホールで会話をしたり、体操をしたり、歌をうたったりのレクリエーションを行い、他者と関わって頂いています。意見の合わない方は席替えするたびにトラブルが発生し隣席を誰にするか悩むことがあります。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	地域密着型なので、ご近所の方が多く入所されているので退所後もご家族が近況を知らせて下さる方もおります。いつでもご相談や支援の対応に努めております。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	全職員がご本人との会話の時間を心がけています。その中で、希望や意向をくみ取り、ご本人が表現しきれない部分はお家族から情報を得て毎日朝夕の申し送りで全職員に申し送っています。	利用者とのコミュニケーションと信頼関係を大切に、声かけを行うことで、思いや意向の把握に努められている。困難な利用者についても、日頃の関わりの中で、表情などから汲み取られるほか、家族からの情報提供を得て、利用者本位に検討をされている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	ご入所当初はソーシャルワーカー、ケアマネジャー、ご家族から情報を得ていますが、生活していく中で、ご本人から得られた情報は日々の申し送りやケースカンファレンスで出し合って把握に努めています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日中全職員がご本人との会話の時間を心がけています。一人ひとりの状態を把握して対応、温度板(介護記録)に記録し朝夕全職員に申し送っています。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	モニタリングやカンファレンスは複数の職員が集まる研修時に行い、日常の様子や意見、アイデアを収集しています。提携医師は月1回の往診時に健康上の留意点を、ご家族は電話や面会時に意向の確認をして反映しています。	利用者や家族から思いや意向を聴きとり、医師・看護師の指示を含め、関係する職員全員で意見交換を行ない、その人らしさを大切にした介護計画が作成されている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	全職員がご本人との会話の中で日々の様子や気づきを介護記録に記録、毎日の申し送りやモニタリング、カンファレンス時に共有しながら新たなサービス計画書を作成。サービス計画書をファイルにも転記して実践しています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	サービス計画書は2・3ヶ月に1度は見直しを行って家族に情報提供を行い、入院等の変化があれば随時変更しています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	お花見に行ったり、外食したり、ボランティアの方々には施設訪問して頂き、変化のある日々を支援しています。ボランティアさんのイベント訪問を楽しみにしている方も多いです。全員での外出が諸事情により困難であるのが残念です。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	近隣の医師と提携し、月1回の往診の他、緊急時の往診、薬の処方、歯科医師や歯科衛生士の往診等適切な医療が受けられるように支援しています。歯科医師の訪問は送迎でのリスクがない為家族にも喜ばれています。	入居時に利用者や家族の希望を尊重し、医療機関の選択をしていただいている。専門医等かかりつけ医の受診は家族対応を基本とし、必要な情報提供を行ない、適切な診療が行なえるよう支援をされている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	体調の変化があった時は非常勤看護職に相談したり、介護支援専門員や介護職員が提携医師と連絡しています。提携医師も24時間対応して下さっていますが看護師が常駐であれば介護職もいっそう心強いと思います。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院中の入所者様に面会したり、担当の看護師、医療ソーシャルワーカーにも定期的にお会いして状態把握に努めています。施設の受け入れ態勢についても随時お伝えし、円滑な再入所に備えています。各病院の研修にも参加して病院関係者とも関係づくりに努めています。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	提携医師より許可がでない医療処置が生じた場合は終末期ケアは困難です。施設での終末を希望する方も増加し提携医師の判断で対応できる範囲であれば、家族と医師の相談を経て重度化や終末期でも対応しています。	利用者の症状に合わせ、重度化・終末期についての話し合いが持たれ、利用者・家族と意思統一を図られている。その後も意思確認を進めながら、医師・看護師と連携のもと、重度化や看取り支援に取り組まれている。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	消防署員による普通救命講習に参加したり緊急時のマニュアルで研修を行っています。体調の変化があった時はその時の対応を日々の申し送りで行っています。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練を年に2回定期的に行い、マニュアルでも研修しています。「お互い様の気持ちで助け合いましょう」とご近所の方々にも声掛けしています。	定期訓練ではキッチンからの火災発生を想定し、初期消火・通報・一次避難場所までの避難誘導訓練に取り組まれている。また、水災時の情報収集や避難対策、備蓄品の整備など、体制整備に努められている。	災害対策には十分取り組まれています。高齢の利用者を預かる事業所として、災害時の組織対応力の維持向上に向けた継続的な取り組みに期待します。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	個人の尊厳を尊重し入所者様と全職員が同等の立場に立って人格を尊重した介護支援を心掛けています。イヤな気持ちになるような言葉は使わない様職員は気をつけています。	「あたたかい言葉づかいを心がけましょう」などの介護目標のもと、利用者の人格を尊重した対応、排泄や入浴時の羞恥心に対する配慮など、きめ細かな対応がとられている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	全職員がご本人との会話を大切にしています。その中で1人ひとりから思いや希望をお聞きして、自己決定に至るよう努め、反映に心がけています。好物を聞くと返答があるので、食事が楽しみな様子がわかります。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	1人で孤立しないように、また、日常生活動作が低下しないように、毎日の体操やレクの声掛けをしています。又視力はないがご自分のペースを崩さない方もいるので毎日の歩行時間の前後を伝えています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	家族が持参した気候に合わせた服装や身だしなみを整える介助、洋服のコーディネート等支援しています。ご自分で好みの洋服を選択する方も何人かおられます。一般に寒がりの方が多いです。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の後片付け等、残存機能や能力を勘案し、できる事はして頂いています。お誕生会のケーキの飾りつけやイベントがある時は、皆さんに好物をお聞きして、出前や外食で雰囲気を変えた食事を工夫しています。	利用者個々の力に合わせ、後片付けなど、職員と共に行なっている。イベントでは利用者の希望に応え、寿司や鰻重、おやつ作りなどを楽しめるほか、外食など、食の楽しみを大切にした支援が行われている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	入所者様には基本同じ物を召し上がって頂いていますが、糖尿病等の病気や体力、身体状態に合わせて分量や食事形態を変えています。水分を欲しがらない方は、声掛けをしたり介助しながら飲んで頂いています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、ご自分で出来る方は行って頂いています。義歯の取り外しやうまく歯磨きのできない方は介助しています。舌の汚れがある方は歯磨きのできる方でも介助しています。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	定期的声掛けや誘導で陰部の清潔を保ち、パットの使用量を削減しています。失禁体操の理解が困難になって来ている方も多いため、訴え時や定期でトイレ誘導しますが失禁のタイミングが難しいです。	利用者一人ひとりの力や排泄パターン・習慣を把握して、適宜声かけを行ない、排泄の失敗やおむつ類の使用を減らし、トイレでの排泄と自立に向けた支援が為されている。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	規則正しい手作りの食事と十分な水分補給の声掛け、便秘の解消としても体操は毎日行っています。3日以上便秘時は、便秘薬を検討し対応しています。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	個々の体調に合わせて一般浴又は機械浴をしています。ご自分で洗身出来ない部分を介助しています。拒否がある場合は声掛けを行い強い拒否がある場合は他日に行っています。	利用者個々の力に合わせ、シャワー浴や機械浴を含め、できる範囲で利用者の希望に沿った支援をされている。入浴拒否の方には無理強いすることなく、入浴日を変えたり、声かけを工夫し取り組まれている。	
あ		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	日常、フロアで皆さんが過ごされますが体調不良や寝不足の方は昼間でも居室で寝て頂いています。夜間頻尿の方もいるのでご本人、職員もつらい所です。提携医師と連携を取り眠剤を服用する方もいます。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬の説明書を温度板(介護日誌)に挿入して、いつでも確認できるようにしています。薬を落としてしまう方は口に与薬し嚥下力低下がある方は食事に混ぜて服用しています。服用後ポケットに錠剤が入っていた事もあり確認強化しています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	レクリエーションや体操は皆さんで毎日実行しています。好物を買物して召し上がったたり、残存能力に応じて食事の後片づけ等出来る方はして頂き、役割を持つ事で張りのある生活を支援しています。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるよう支援している	職員と一緒に買物やドライブ、そして四季のお花見やイベントに出かけたり、職員が自宅の季節の切り花を持参して季節感を味わって頂いています。インフルエンザ、熱波等季節の変化が大きくなり希望している回数のお出が出来ていません。全員での外出が諸事情により困難であるのが残念です。	暖かい日には散歩や庭に咲くサツキを眺めながら、お茶を楽しまれている。また、買物やドライブ、季節毎には桜やポピーの花見に出かけられるなど、支援に取り組まれている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	認知症があるのでお金の管理はトラブル防止のためしていません。過去にも「誰々に盗られた」等トラブルがありました。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご本人と家族との直通電話はしていません。ご家族に伝えたい事がある時は職員が中に入り受話器を渡したり、伝言をしています。ハガキ等が届いた時は、職員が読んでご本人に渡しています。		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	日中はフロアで過ごしているので、知人や職員がお花を持参して数人に生けて頂いています。日当たりが良い場所では採光に注意し、換気や温度にも配慮しています。職員が四季の行事を計画して皆さんと楽しく過ごせるようにしています。	リビング両サイドは大きな窓で、明るく開放的な共用空間となっており、テレビやソファが置かれ、利用者個々にゆっくり過ごせる設えになっている。また、転倒防止を含めリビングの床の掃除も行き届き、清潔感のある環境整備がなされている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	お話の出来る人同士で席を隣にしたり、近くにして会話して頂いています。1人ひとりの居室があり、自由に出入りして30分程休んでいる方もいますが入室してもすぐ皆さんのいるフロアに戻ってきてしまう方が多いです。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	整理タンスやベッドはホームで用意していますが布団等は持参して頂いています。写真や時計、ラジオ、仏壇等ご自分が使用していたものはお持ち頂き、家にいる時と変わらない雰囲気作りを心掛けています。	馴染みの寝具や手鏡、ラジオや化粧道具などが持ち込まれるほか、思い出の写真や手芸作品などが飾られ、利用者が気分良く、落ち着いて過ごされるよう工夫をされている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	施設は2ユニットで木造平屋造りです。40メートルと長い廊下を1人で反復運動したり、車椅子で自操したり、職員の手引きで歩いたり、数人が職員と一緒に歩いたりしているので環境整備に配慮し安全を心がけています。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームひだまりの家栗橋

目標達成計画

作成日: 令和 2 年 4 月 3 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	4	運営推進会議が2ヶ月に一度の開催に至っていない。	会議の中に身体的拘束を盛り込んでいく。	新型コロナウイルス感染症の影響拡大で、今年度の日時の予定が立たない。 現拘束の有無、今後の状態を説明・報告し、認識と理解を得るための書類作成。	10ヶ月
2	40	ホームで作った温かい食事を提供しているが、食べることが好きで、特に甘いものが好きなので、おやつやイベント時は好物を自己摂取できる機会を増やしたい。	好物を召し上がる機会を増やして健康維持も保持できる。	個々に好物を聞き取り、手作りし、できないものは購入する。	10ヶ月
3	33	入居者の高齢化・重度化に加え、終末期を迎える方も増えている。	Drと家族の相談により、ホームでの終末期ケアが可能であれば実施に至る。	痛みのない穏やかな日々を送れるよう、痛みの緩和をDrと連携、他入所者とは普段と変わらない生活に取り組む。	10ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。